Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS)

Página de firmas para la Solicitud electrónica Solicitud de servicios médicos y humanos

Número de solicitud:	
Fecha:	

Programas

Solicita los programas:	☐ Guardería infantil ☐ Beneficios de estampillas para alimentos ☐ MassHealth [incluso Healthy Start y Servicios de: Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP)] ☐ Mujeres, Bebés y Niños (WIC) ☐ Red Nacional de Salud de la Mujer (WHN)

Nombre y dirección del jefe de familia

Nombre:	
Tipo de dirección:	
Tipo de vivienda (si aplicable):	
Indicador de falta de vivienda:	
Número de la calle:	
Nombre de la calle:	
Sufijo:	
Tipo de calle:	
Unidad:	
Ciudad:	
Estado:	
Zip o Código postal:	
La familia, ¿cuenta con una dirección diferente para recibir el correo?	
Dirección de envío (si aplicable):	
El Apartado de correos:	
Número de la calle:	
Nombre de la calle:	
Sufijo:	
Tipo de calle:	
Unidad:	
Ciudad:	
Estado:	
Zip o Código postal:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS)

Número de Seguro Social:	

Es de mi conocimiento que otras agencias de EOHHS pueden usar en solicitudes futuras la información que he proporcionado aquí si solicito otros servicios de EOHSS. Es de mi conocimiento que es posible que EOHSS o los programas a los que presenté mi solicitud podrán compartir la categoría de ésta con un hospital, un centro de salud comunitario, otro proveedor de servicios médicos u otros programas a los que solicite servicios cuando esto sea necesario para dar tratamiento, recibir pago, o para realizar las operaciones o la administración del programa al cual solicite servicios.

Es de mi conocimiento que si yo, o cualquier miembro de mi familia, sufre un accidente o de alguna otra forma se lesiona, y recibe dinero de terceros debido a dicho accidente o lesión, nosotros tendremos que usar ese dinero para pagar ciertos servicios médicos que hayan sido proporcionados por medio de EOHHS, incluyendo los que se explican en el Folleto para miembros de MassHealth. También es de mi conocimiento que debo notificarles por escrito a las agencias de EOHHS de las cuales reciba servicios, en un plazo de 10 días, en caso de que yo presente una reclamación de seguros o una demanda judicial por un accidente que yo, o un miembro de mi familia que solicite beneficios, haya sufrido.

Es de mi conocimiento que si yo o los miembros de mi familia somos elegibles para recibir algún servicio de EOHHS, debemos notificar a las agencias de EOHHS que nos proporcionen servicios a mí o mi familia acerca de cualquier cambio en los ingresos, empleo, tamaño de la familia, cobertura de seguros y primas de seguros médicos míos o de mi familia, así como cualquier cambio en la información que he suministrado en esta solicitud y en los suplementos a la misma en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha en que me entere del cambio.

Asimismo, es de mi conocimiento que al poner mi firma al final de este documento doy mi autorización a EOHHS y a los programas a los que haya solicitado servicios para que traten de obtener y le cobren al padre o a la madre de cualquier menor de 19 años que solicite beneficios los pagos proporcionados por terceros para fines de atención y apoyo médicos.

Si usted llena esta solicitud o algún suplemento de la misma a nombre o representación de alguien, entonces debe llenar también un formulario de Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos y enviarlo con esta solicitud. Si usted esta solicitando MassHealth, CMSP o Healthy Start, debe usar el formulario de MassHealth para la Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Al firmar esta solicitud como representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, usted certifica que la información que contengan esta solicitud y los suplementos de la misma es correcta y completa a su leal saber y entender .

Para solicitantes de MassHealth, CMSP y Healthy Start:

Certifico que he recibido los siguientes documentos como parte de mi solicitud a MassHealth: página de instrucciones de MassHealth; Folleto para miembros de MassHealth; Página informativa de CMSP; Formulario de identificación del idioma materno, información importante sobre cómo inscribirse para votar; y un formulario de Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos.

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS)

Si un miembro de mi familia o yo somos elegibles para recibir MassHealth, CMSP o Healthy Start, es de mi conocimiento que quizá tenga que pagar una prima establecida por MassHealth. Si soy indígena norteamericano o nativo de Alaska elegible para recibir MassHealth Family Assistance, es posible que no tenga que pagar primas según lo estipulado en MassHealth Family Assistance.

Si ha solicitado MassHealth, CMSP o Healthy Start y cree que la decisión sobre su elegibilidad está equivocada, usted tiene derecho a apelar. Si se le niegan beneficios, en ese caso usted recibirá información sobre cómo apelar.

El jefe de familia, todas las personas de 18 años de edad o más, y todos los padres de familia de cualquier edad que tengan hijos viviendo con ellos, que soliciten MassHealth, CMSP o Healthy Start deben leer esta página detenidamente, firmarla y ponerle la fecha a continuación. Si usted firma como representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, en ese caso debe entregar también un formulario de Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos debidamente llenado.

Es de mi conocimiento que si tengo 55 años de edad o más, cuando fallezca, MassHealth puede obtener dinero de mi sucesión.

Para todos los Solicitantes o Representantes para la determinación del cumplimiento de requisitos:

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que contienen esta solicitud y sus suplementos es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

---------- Fecha: ----------

Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

---------- Fecha: ----------

Firma del solicitante o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

---------- Fecha: ----------